HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION		01/10/10/05/01/5
TRANSMITTAL AND NOTICE OF APPROVAL OF	1. TRANSMITTAL NUMBER:	2. STATE
STATE PLAN MATERIAL		
	02-26	NC
FOR THE LITTLE CARE WINDAMORIO ARMANICORDA ORIGINA	3. PROGRAM IDENTIFICATION: TI	TLE XIX OF THE
FOR: HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION	SOCIAL SECURITY ACT (MEDICAID)	
•	GOCINE GEORIT THET (MEDICINE)	
TO: REGIONAL ADMINISTRATOR	4. PROPOSED EFFECTIVE DATE	
HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION	December 1, 2002	
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES	December 1, 2002	
		
5. TYPE OF PLAN MATERIAL (Check One):		
\square NEW STATE PLAN \square AMENDMENT TO BE CONSIDERED AS NEW PLAN \underline{X} AMENDMENT		
COMPLETE BLOCKS 6 THRU 10 IF THIS IS AN AMENDMENT (Separate Transmittal for each amendment)		
6. FEDERAL STATUTE/REGULATION CITATION:	7 FEDERAL BUDGET IMPACT:	
Federal Statute 42 CFR 440.167	a. FFY 03 \$ 6,987,742	(10, 627, 683.50)
rederal Statute 42 Cr K 440.107	a. FF1 U5 \$ 0,507,742	10, 631, 633.
	b. FFY 04 \$12,973,307 (9. PAGE NUMBER OF THE SUPERS	14, 271, 768, 75
8. PAGE NUMBER OF THE PLAN SECTION OR ATTACHMENT:	9. PAGE NUMBER OF THE SUPERS	EDED PLAN SECTION
	OR ATTACHMENT (If Applicable)	
A44 - L A 2 1 A 1 D 40	A44 - Jan 4 2 1 A 1 D 10	
Attachment 3.1-A.1, Page 19	Attachment 3.1-A.1, Page 19	
10. SUBJECT OF AMENDMENT:		
PCS hours in private residences to 60 hours per month		
1 05 Hours in private residences to 00 Hours per mone	•	
11 COMERNORIO DEL VICINI (CL. 1.0.)		
11. GOVERNOR'S REVIEW (Check One):		
☐ GOVERNOR'S OFFICE REPORTED NO COMMENT	\mathbf{X} OTHER, AS SPE	CIFIED: Not Required
☐ COMMENTS OF GOVERNOR'S OFFICE ENCLOSED		
☐ NO REPLY RECEIVED WITHIN 45 DAYS OF SUBMITTAL		
_		
12. SIGNATURE OF STATE AGENCY OFFICIAL:	16. RETURN TO:	
Marin Hander Al-		
Carrentooner Colon	Office of the Secretary	
13, TYPED NAME:		- C
Carmen Hooker Odom	Department of Health and Human Services	
14. TITLE:	2001 Mail Service Center	
Secretary	Raleigh, North Carolina 27699-2001	
15. DATE SUBMITTED:		
12/23/02		
~	DICE TICE ONLY	
FOR REGIONAL OF		
17. DATE RECEIVED:	18. DATE APPROVED:	
December 30, 2002	February 27, 2003	
PLAN APPROVED – ONE COPY ATTACHED		
19. EFFECTIVE DATE OF APPROVED MATERIAL:	20. MATURE OF RECUSAL OF	FICIAL:
December 1, 2002	KIDYUH K. LOWLU	
21. TYPED NAME:	22. TITLE: Associate Regional	Administrator
Rhonda R. Cottrell	Division of Medicaid and C	Administrator
23. REMARKS:		
Approved with the following changes to Item 7a and 7b per email dated 2/19/03:		
그는 보고 생물을 하게 되는 것이 되었다. 그는 전쟁을 하는 것으로 가장하는 것으로 가장하는 그 사람들이 모르는 것을 하는 것을 하는 것이 되었다. 그는 것을 하는 것으로 되었다. 그는 것으로 가장 당근 보고 있다. 그는 보고 있는 것으로 보고 있는 것을 하는 것으로 가장 말이 되었다. 그렇게 되었다. 그 생활을 하는 것으로 불편하는 것으로 함께 되었다. 그 것을 하는 것으로 함께 되었다.		
7a: Change from FFY 03 \$ 6,987,742 to FFY 03 \$ (10,627,683.50)		
7b: Change from FFY 04 \$12,973,307 to FFY 04 \$ (14,271,768.75)		
마다는 사람들이 되었다. 이 문항에 되었는데 되었는데 되었다. 사람들은 보다는 경험에 되었다면 함께 되었다. 그는 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은 사람들은		
나 있는 그 아내는 이 그리는 이 어머니는 어머니는 이 분들을 들는 사람이 바다가 나를 잃었는 불통을 받는 아이에는 아니는 아내는 이 등을 가장했다.		
그는 이 아이는 그는 이 아이는 이 아이는 이 아이를 하는 것이 되었다. 이 아이들이 아니를 살았다면 하고 함께 하는 이 얼마를 하는데		
그는 사람들은 그는 바람이 있는 사람들이 살아 있는 사람들이 되었다. 그는 사람들이 있다는 것이 없는 사람들이 되었다. 그 작품이 가끔했다.		

23.f Personal Care Services

- a. The number of hours of personal care services received by a Medicaid beneficiary may not exceed 3.5 hours per day and sixty (60) hours per calendar month.
- b. Licensed home care agencies are enrolled for Personal Care Services rendered in private residential settings. The agency must be a State licensed home care agency that is approved in its license to provide in-home aide services within the State.
- c. All Medicaid beneficiaries residing in licensed domiciliary care facilities receive Personal Care Services provided by the facilities. The Division of Medical Assistance contracts with each facility for the service. Licensed domiciliary care facilities are public or private non-medical institutions.
- d. The need for enhanced personal care services beyond the amount of one hour per resident day in the basic (capitated) rate for domiciliary care facilities is based on a case manager's evaluation of a resident's care requirements for extensive or total assistance in eating or toileting and must be authorized by a physician.

TN No. <u>02-26</u> Supersedes TN No. <u>02-04</u>